

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1926 — N°

THÈSE **278**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Diplôme PAR État

M^{lle} SUZANNE SERIN

Assistant des Asiles de la Seine

Née le 20 Février 1898 à Mont-de-Marsan (Landes)

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DES FORMES PARANOÏDES

DE LA

PARALYSIE GÉNÉRALE



VANNES

IMPRIMERIE A. COMMELIN

12, RUE DE LA MONNAIE, 12

—
1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
Année 1926 — N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
PAR
M^{lle} SUZANNE SERIN
Assistant des Asiles de la Seine
Née le 20 Février 1898 à Mont-de-Marsan (Landes)

CONTRIBUTION
A
L'ÉTUDE DES FORMES PARANOÏDES
DE LA
PARALYSIE GÉNÉRALE



VANNES
IMPRIMERIE A. COMMELIN
12, RUE DE LA MONNAIE, 12

—
1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.	STROHL.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N ..
Clinique médicale.	GILBERT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBR. DANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE . . .	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FISSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE . . .	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri). . .	Chimie biologique.
LARDENNOIS . . .	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHT Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GULNIOT	Obstétrique.

M. RETTERER . . .	Histologie.
-------------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.
AUVRAY . . . Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. . . Clinique chirurgicale.
LAIGNEZ LAVASTINE . . . Clinique médicale.
LEREBoullet . . . Clinique médicale infantile
LÉRI . . . Clinique médicale.

MM.
LOEPER . . . Clinique médicale.
PROUST . . . Clinique chirurgicale.
RATHERY . . . Clinique médicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDoux-LEBARD	Stomatologie.
	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE BORDEAUX

A MON MAITRE A LA FACULTÉ DE BORDEAUX
M. LE PROFESSEUR PACHON

A MES MAITRES DANS LES ASILES DE LA SEINE

M. LE DOCTEUR CAPGRAS.

M. LE DOCTEUR DUCOSTÉ.

M. LE DOCTEUR LWOFF.

M. LE DOCTEUR COLIN

M. LE DOCTEUR SÉRIEUX.

M. LE DOCTEUR A. MARIE.

M. LE DOCTEUR TOULOUSE.

M. LE DOCTEUR TRÉNEL.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE

*Qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

DU MÊME AUTEUR

Un cas d'échopraxie. — Présentation de malade. — (Service de M. Lwoff). — Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment. Novembre 1922.

Amnésie, affaiblissement intellectuel. — Un diagnostic difficile. (En collaboration avec M. Henri Colin). — Présentation de malade. — Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment. Novembre 1923.

Un cas de diagnostic délicat d'épilepsie. — Présentation de malade. (Service de M. Henri Colin). — Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment. Février 1924.

Syndrome paralytique sans réactions humorales. — Présentation de Malade. — (Service de M. Henri Colin). — Bull. de la Soc. de Méd. Ment. Février 1924.

Perversions sexuelles chez une malade atteinte d'encéphalite épidémique (En collaboration avec M. Reboul-Lachaux). Ann. Médic. Psych. Avril 1924.

AVANT-PROPOS

Bayle accordait une grande importance au délire dans le syndrome de la paralysie générale. Longtemps après lui les auteurs considérèrent encore les idées délirantes comme pathognomoniques de cette affection. Baillarger, pour défendre la conception de son maître Esquirol tenta de réagir contre les idées de Bayle et sépara assez artificiellement la folie paralytique de la démence paralytique, considérant qu'il s'agissait de deux états distincts ; dans la folie paralytique rentraient les épisodes délirants. A la suite de Baillarger on s'est habitué à ne plus envisager le délire comme essentiel dans le syndrome mental des Paralytiques généraux ; mais on continua à étudier ses caractères pour en tirer des éléments de diagnostic. Ce fut surtout l'œuvre de Falret. Ce délire s'oppose en tous points aux délires, systématisés ou non, des héréditaires constitutionnels. Cependant, il arrive que l'on rencontre des paralytiques généraux qui présentent un délire totalement différent du tableau clinique habituel, et qui entraîne même parfois la méconnaissance de l'encéphalite sous-jacente.

Ces faits sont très rares. Il nous a été donné d'en observer plusieurs cas à la Clinique Sainte-Anne dans le service du professeur Claude qui a bien voulu nous autoriser à en faire l'objet de cette thèse. Nous devons

des remerciements tout particuliers à M. Targowla, chef de clinique, qui nous a conseillé ce travail et guidé dans sa documentation et son élaboration.

M. Capgras, médecin-chef à l'Asile de Maison-Blanche, nous a donné une nouvelle marque de sa bienveillance en nous ouvrant son service et en nous communiquant les documents en sa possession.

Nous n'aurons garde d'oublier notre camarade M. Carrette, à qui nous devons une intéressante observation, ni notre camarade M. Schiff, dont nous avons mis la compétence à contribution.

CHAPITRE I

DÉFINITION HISTORIQUE

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que les délires systématisés sont rares au cours de la paralysie générale. Les délires paralytiques portent habituellement le cachet de la démence qu'ils accompagnent. « Les idées délirantes du paralytique général, dit Magnan, reflètent le fonds spécial sur lequel elles ont apparû. Elles sont multiples, mobiles, absurdes, contradictoires entre elles. » Elles ont un caractère commun : l'invéralblance, l'extravagance des conceptions. » Les malades, disent MM. Dupré et Logre, planent, dans leurs rêves, hors du temps et de l'espace ; les expressions superlatives ne suffisent pas à traduire leur puissance ou leur détresse, leur opulence ou leur misère ; ils s'attribuent *tous* les mérites, *tous* les titres, *toutes* les richesses, *toutes* les maladies, et ce vocable : « *tout* » joue, selon la remarque de J. P. Falret, le même rôle caractéristique que le mot « on » dans celui des persécutés ».

Ces idées sont de tous ordres, et celles sur lesquelles avait le plus insisté Bayle, sont des idées de grandeur, idées ambitieuses, idées de richesses, mobiles, multiples, et dont l'absurdité dépasse très souvent les limites de l'extravagance. « Les malades sont Dieu, plus

que Dieu, ils ont des organes en or, des fesses en diamant, leurs excréments valent des milliards, etc... » (Régis).

L'in vraisemblance la plus criante, la contradiction entre ces richesses fantastiques et la vie souvent misérable qu'ils mènent ne les embarrassent pas : « Et si, pendant qu'ils parlent de leur fortune colossale, on les interrompt pour leur demander leur métier ou ce qu'ils gagnent, ils répondent tranquillement et exactement : « Je suis cordonnier, je gagne six francs par mois » (Régis). Tel autre malade, pendant la guerre, se disait Joffre et donnait des ordres à son état-major en balayant docilement la cour de l'hôpital.

Ces idées s'accompagnent généralement d'une euphorie niaise bien caractéristique, et d'une générosité aussi outrée, aussi extravagante que la conception délirante.

Le délire hypochondriaque se rencontre également, et à tous ses degrés, dans la maladie de Bayle. Les idées mélancoliques — auto-accusation, indignité, damnation, — n'y sont pas exceptionnelles. Quelquefois les idées de négation y prédominent et constituent alors le syndrome décrit par Baillarger comme prémonitoire de la paralysie générale. Les caractères d'absurdité, d'incohérence, y sont généralement aussi frappants que dans le délire mégalomanique et l'euphorie — discordance caractéristique — n'y fait pas toujours défaut. D'ailleurs. idées de grandeur et idées hypochondriaques se mêlent parfois et constituent le délire mégalo mélancolique de Régis : « Les malades doivent des millions et des milliards ; ils ont l'estomac bouché par 300.000 vers, des billets de banque dans la tête » (Régis).

Enfin, ces malades présentent parfois des idées de persécution, toujours absurdes, invraisemblables, contradictoires.

On retrouve, en somme, dans toutes les manifestations de ce délire, et qu'elle qu'en soit la couleur, les mêmes caractères de mobilité, d'incohérence, qui témoignent du travail de désagrégation réalisé par l'encéphalite diffuse. S'il peut comporter, comme tous les délires, des éléments hallucinatoires, oniriques, interprétatifs, il est surtout la conséquence du dérèglement imaginatif que ne contrôle plus le jugement.

« Mais, dit Magnan, si ces idées sont telles quand la démence est indéniable, elles peuvent ne pas l'être encore quand la lésion s'arrête ou rétrocede... C'est en effet ce que nous enseigne la clinique en nous permettant d'observer à ces périodes de la paralysie générale des délires systématisés. »

Nous trouvons, en effet, dans la littérature psychiatrique, quelques cas semblables dont le diagnostic a pu être affirmé par les signes physiques, le syndrome humoral ou le contrôle anatomique, bien que l'aspect clinique de ces malades ait été celui de délirants chroniques.

En 1888, Rouillard, dans son rapport sur le prix Esquirol, présentant le travail de M. Arnaud : « Considérations cliniques et statistiques sur la paralysie générale chez l'homme » en extrait deux observations, l'une d'un paralytique « avec idées de persécution », l'autre, « un bel exemple de cristallisation du délire, analogue à celle des persécutés ». De Rouillard encore, en collaboration avec Klippel, nous avons l'observation

d'une femme internée pour « conceptions délirantes ne présentant aucune suite », étiquetée dès l'entrée comme « délire de persécution » chez qui, au bout de dix-huit mois, se déclaraient des troubles physiques et psychiques de paralysie générale, et qui mourut un an après, complètement démente. L'autopsie révéla des lésions indéniables de méningo-encéphalite. (Obs. VI).

Magnan et Sérieux, dans leur traité, ont noté que « chez certains paralytiques les idées de persécution se manifestaient parfois avec une certaine ténacité, et pouvaient même dans certains cas, simuler un délire de persécution systématisé ». Magnan, dans ses leçons cliniques, en cite deux cas. (Obs. VII) Richter, qui rapporte longuement l'observation d'un cas ayant évolué pendant dix ans sous l'aspect d'une « paranoïa hallucinatoire » avant de faire place à un syndrome paralytique, (Obs. VIII) cite des faits antérieurs de Calmeil, Hoster-mann, Hongberg. Joffroy et Gombault, au Congrès de 1900, rapportent l'observation d'un très ancien délirant pour qui le diagnostic de la maladie de Bayle ne fut posé qu'à l'autopsie. D'autres cas comparables ont été décrits par Ferenczi, Sérieux et Mignot, Semelaigne, Janet, M. Ducosté, Pactet, (Obs. IX) Legrain, (Obs. X) Roudneff, Mlle Pascal (Obs. XI) qui, après Ferenczi, leur donne le nom de « forme paranoïde de la paralysie générale. »

Depuis quelques années, il semble que la question ait été reprise avec un intérêt nouveau.

Moryasu rapporte le cas d'un malade ayant les signes physiques et humoraux de la paralysie générale et dont les troubles psychiques consistaient en « une légère

altération de la mémoire, de l'instabilité affective, des idées paranoïdes, des hallucinations auditives, des symptômes « schizophrénoïdes ».

Dans son article sur les paralysies générales prolongées, M. Lhermitte cite quelques cas de Jakob, Nissl et Schultze, ces derniers associés au tabès, « où la forme de la paralysie générale n'était pas atypique seulement par son évolution ; ces malades présentaient des hallucinations surtout auditives, un délire plus ou moins systématisé à teinte mélancolique ou hypochondriaque, une activité psychique automatique conservée et surtout des complexes catatoniques ».

Lwoff et Targowla, à l'occasion d'une présentation de malade, (Obs. XII) fournissent une analyse et un historique de la question. Targowla, dans sa thèse, en donne une autre observation. Enfin, récemment, Gerstmann a introduit dans la question une notion nouvelle : celle de l'influence du traitement malarique sur l'apparition de ces délires. De leurs observations il résulte que ce traitement de la paralysie générale modifie assez souvent l'aspect clinique de la maladie, qui se présente comme « une manifestation atypique hallucinatoire ». « Il existe un antagonisme net au point de vue de la marche de l'affection entre les symptômes paralytiques typiques et les phénomènes hallucinatoires chroniques ; ces derniers réalisent des manifestations psycho-pathologiques de métamorphose régressive du processus paralytique sur la voie d'une rémission totale ou d'un état stationnaire ». D'après Gerstmann cette forme délirante de la maladie de Bayle en serait, dans une certaine mesure, une forme thérapeutique.

Ces considérations nous ramènent aux conclusions de Magnan ; le délire systématisé se manifeste dans les paralyties générales peu avancées ou pendant les rémissions, en un mot lorsque l'affaiblissement intellectuel est peu sensible ; Magnan avait en vue des régressions spontanées ; depuis quelques années, on a pu en observer de provoquées. Il peut être intéressant de rapprocher les délires apparus dans ces différentes périodes. C'est l'objet auquel nous nous attacherons au cours de ce travail.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle). — M^{me} R... Blanche, 45 ans, ménagère.

Cette malade entre à Sainte-Anne le 11 mars 1925, avec le certificat suivant :

« Paralyse générale avec troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement et de l'auto-critique, idées délirantes polymorphes de grossesse, de persécution et de grandeur sans systématisation, surtout imaginatives, épisode d'onirisme hallucinatoire en voie de régression. Dysarthrie aux mots d'épreuve, légère instabilité de la langue et des doigts, pupilles en myosis, légèrement inégales et irrégulières. Signe d'Argyll ».

Elle arrive de l'hôpital Tenon où elle a été admise il y a quatre mois, à la suite, nous dit-elle, d'une peur. Il semble que le début des troubles n'ait pas précédé de beaucoup l'entrée à l'hôpital.

Dans les antécédents personnels de cette malade, nous retrouvons six grossesses. Le premier enfant est né macéré, le second mort en bas âge de coqueluche (?), le troisième et le quatrième jumeaux. Ces deux derniers sont actuellement vivants et bien portants. M^{me} R... n'a jamais fait de fausse couche. Nous ignorons tout de ses antécédents collatéraux et héréditaires.

Dès le premier examen à Sainte-Anne, cette malade témoigne

d'une activité délirante manifeste, mais assez mal coordonnée. Elle est entrée à Tenon à la suite d'une peur. Il y avait des personnes qui creusaient des trous dans le mur et qui chantaient comme le coucou « genre coucou de la mort ». On voulait la faire passer pour folle. On a essayé de l'endormir avec de mauvaises odeurs. Elle attribue tous ces mauvais procédés à quelques-unes des maîtresses de son mari, au moins deux d'entre elles, et à une des infirmières de Tenon, leur complice. On n'a commencé à lui causer des ennuis que quelques jours avant son entrée à Tenon.

Elle croit être enceinte. Elle a d'ailleurs déjà accouché à Tenon de quarante petits chats. Il faut qu'on lui fasse un retape. Elle a été très mal sondée, ses poumons sont tombés.

A ces idées mal coordonnées, mais qui sont toutes des idées de persécution, M^{me} R... joint quelques idées de grandeur. Elle est la fille d'une comtesse.

Ce polymorphisme délirant est d'ailleurs en accord avec le fonds mental qui se montre assez atteint dès le premier examen. Elle ne sait pas où elle est. Elle explique mal son entrée à l'Asile. Elle donne correctement la date actuelle, la date de sa naissance, celle de la guerre, mais recule devant des problèmes ou même des opérations très simples. L'humeur est instable, une irritabilité pathologique succédant sans transition à de l'euphorie.

Les signes physiques sont ceux d'une paralytique générale : pupilles punctiformes, légèrement inégales, la gauche plus grande que la droite, irrégulières et ne réagissant pas à la lumière. Langue instable. Dysarthrie très sensible aux mots d'épreuve.

Toutes les réactions du liquide céphalo-rachidien sont positives. Hyperlymphocytose (41 p. mm³) ; 0 gr. 30 d'albumine par la méthode de Ravaut et Boyer. Réactions de Pandey et de Weichbrodt positives. Réactions du benjoin positive : 22.222

22.222.00000. Elixir parégorique positif. Bordet-Wassermann positif.

Cette malade se présente donc, à son entrée, comme une paralytique générale à délire polymorphe. Elle subit une inoculation de paludisme le 31 mars 1925 puis est soumise au traitement spécifique mixte, arsenical et bismuthé.

A la suite de ce traitement, les réactions humores ont été considérablement atténuées. En même temps il semble que l'on ait vu les troubles intellectuels diminuer, et le délire au contraire gagner en précision et en stabilité. Elle désigne actuellement ses persécuteurs, deux hommes, Hérolt et Dupuy, deux terribles bandits que tout le monde redoute. Elle ne les a jamais vus, mais ils sont installés dans le sous-sol et elles les entend. Ils lui envoient des gaz, la brûlent, la piquent, lui font de l'électricité, lui disent des grossièretés. Ils la sondent avec le carbure. Ils ont volé un laurier-rose qui était depuis vingt ans dans sa famille et avec les feuilles, ils font de la « licotine » avec laquelle ils l'endorment. D'ailleurs moyennant quelques pièces de dix francs, les médecins leur donnent toute la « licotine » qu'ils veulent. Ils lui mettent des saletés dans ce qu'elle mange, elle s'en aperçoit à l'odeur et au goût. Par moments, il lui semble que son lit marche ; ils y ont mis au moins douze ampoules.

M^{me} R... apporte une conviction absolue à ses conceptions délirantes ; elle ne les rectifie ni ne les oublie. Au contraire, son délire s'enrichit continuellement, grâce à un double apport hallucinatoire et imaginaire. Et, depuis quelques semaines, on a pu constater l'apparition d'idées de grandeur de plus en plus envahissantes. Elle a des biens importants. Un de ses oncles de Belgique possède tous les lits de Tenon, des lits bleus et des lits roses. Elle fondera une clinique de cent-vingt lits, les uns destinés à des accouchées, les autres à des vieillards. Elle fondera encore une crèche pour les enfants d'ouvriers. Nous

trouvons ici la générosité qui accompagne souvent les idées de richesses des paralytiques. L'euphorie existe, mais peu marquée. M^{me} R..., malgré ses idées de grandeur, d'apparition d'ailleurs assez récente, est surtout une persécutée. Elle réclame sa sortie avec âpreté, se montre souvent violente en paroles et même quelquefois en gestes. L'exposé du délire, très volubile, est assez cohérent.

Cette malade n'a jamais eu d'ictus.

D'autre part le fond mental s'est sensiblement amélioré. La mémoire, le jugement, à l'exception des faits du délire, sont assez bien conservés. Les signes physiques persistent, mais sont discrets et la malade se présente cliniquement comme une délirante affaiblie plutôt que comme une paralytique générale.

OBSERVATION II (Personnelle). — G... Maria, 36 ans, femme de ménage.

Vient de l'Admission, le 10 Mars 1925, avec un certificat ainsi libellé : « Paralyisie générale probable associée à un délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe, troubles de la sensibilité générale. Tentatives de suicide. Plaintes aux autorités. Hérité morbide. Un frère suicidé. Deux sœurs internées ».

Cette malade, dès son entrée, manifeste en effet un délire hallucinatoire très actif.

Les gens sont jaloux du bonheur de son ménage. Ils lui font de la transmission de pensée, de la sorcellerie. Cela dure depuis un an et demi. Tous les locataires de sa maison, d'un commun accord, lui envoient des injures, des menaces, des conseils, des recommandations. Elle reconnaît les voix des personnes.

Par transmission de pensée, les gens rentrent en elle. Ces gens lui prennent le cœur, lui bouchent l'estomac. On lui parle dans le gosier, la langue, les aliments dans l'estomac répètent tout ce qui s'est passé chez elle et toutes les misères qu'on lui a faites.

On a cherché à l'empoisonner par la transmission de pensée. Ses aliments ont des odeurs suspectes et un goût bizarre ; ils sentent le vert-de-gris, l'éther. Enfin, il arrive qu'on lui fasse dérouler des cartes postales, comme un cinéma, devant les yeux.

Les hallucinations psychiques sont fréquentes, ainsi que les idées d'influence. On lui donne des ordres. On l'oblige à certains actes. On l'a jetée sur son gaz et on lui a commandé de se suicider. Des gens prennent sa personne et essaient de se substituer à elle. Pour les en empêcher, il lui arrive de se rouler dans la poussière et de manger de la terre.

Les réactions actuelles sont querulentes. Elle se propose de poursuivre ses persécuteurs, jusqu'ici elle n'a jamais eu d'idée d'homicide, mais a fait deux tentatives de suicide, une première fois par ingestion d'un bouillon d'allumettes, la deuxième fois par le gaz d'éclairage.

Ce délire a tous les caractères d'un délire hallucinatoire systématisé.

Si l'on examine le fond mental on le trouve peu atteint. La malade proteste contre son internement. Elle est bien orientée, se rappelle les dates qu'on lui demande. Peu suggestible, elle présente peut-être une fuite légère de l'attention volontaire. On note aussi une inconscience partielle de sa situation. Mme G... dont la dysarthrie, nous le verrons tout à l'heure, constitue un véritable bredouillement, n'en est nullement frappée et l'attribue à l'absence de son dentier.

Par contre les signes physiques de la maladie de Bayle sont au complet. La dysarthrie, nous venons de le voir, est très accentuée, les réflexes tendineux sont très exagérés, les pupilles inégales et inertes. La langue est instable, les mains animées d'un tremblement très marqué. La motilité semble normale.

La ponction lombaire est pratiquée, et le syndrome humoral est caractéristique de la maladie de Bayle. 108 lymphocytes — 0,50 d'abumine — Réaction de Pandy et Weichbrodt fortement

positives. Réactions de l'élixir parégorique et du benjoin positives (22222.22222.20000). Réaction de Wassermann positive.

Nous avons vu dans le certificat d'internement que l'hérédité de cette femme était lourde. Dans ses antécédents personnels, nous retrouvons plusieurs fausses couches, et un ictus survenu l'année précédente avec hémiplegie.

Le 16 Avril 1925, elle est soumise à l'impaludation suivie d'un traitement bismuthé qui amène une réduction des réactions humora'les, ainsi qu'une amélioration relative de l'état mental accompagnée d'un regain d'activité du délire.

Ultérieurement, on note une atténuation des idées délirantes. La malade les rectifie partiellement et demande sa sortie avec insistance, paraît même réticente, comme si elle comprenait que son délire fut de nature à la faire rester à l'Asile.

En somme, à un examen superficiel, rien hors sa dysarthrie vraiment très marquée, ne permet de différencier Mme G... d'une vieille délirante banale.

OBSERVATION III (Personnelle). — T... Catherine, 52 ans.

Nous ne savons rien des antécédents héréditaires de cette malade et peu de chose seulement de ses antécédents personnels. Elle a été internée en 1917 pour « des voix » et soignée cinq mois à l'asile de Maison-Blanche. Elle est veuve et a perdu deux enfants. L'affaiblissement intellectuel très marqué qu'elle présente et l'imprécision de ses réponses empêchent d'obtenir d'elle d'autres renseignements.

Son fonds mental est en effet très atteint. La malade répond très docilement aux questions, d'une voix un peu basse, au timbre et au débit monotones. Elle est assez mal orientée. Elle ne sait pas son âge. Les opérations les plus simples sont mal faites, elle donne des résultats erronés et en convient quand on le lui fait remarquer : « C'est vrai, la mémoire n'est pas bonne ». Par moments, ses propos deviennent tout à fait absurdes et quelquefois incohérents.

L'indifférence paraît complète. Elle se trouve fort bien ici. C'est le maire de son pays qui l'a fait interner comme veuve, elle ne demande pas à en sortir. Elle parle en riant de son enfant mort. Lorsqu'elle parle des gens qui la tourmentent, elle le fait sans aucun ressentiment, même sans émotion. Elle n'émet, d'autre part, aucun signe de satisfaction, ne paraît pas euphorique.

Le délire de cette malade est, comme on peut s'y attendre, pauvre et imprécis, mal systématisé, mais beaucoup plus stable cependant que ne le sont habituellement les délires des paralytiques généraux. L'histoire en est assez difficile à retrouver. Nous savons que M^{me} T... en 1917, a déjà été internée « parce qu'elle entendait des voix ». Interrogée sur la date où ces voix ont commencé à se faire entendre, elle nous répond : « je les ai toujours entendues ». Elle ne peut dire à qui elles appartiennent. Il y en a d'hommes et de femmes. Celles des femmes sont plus aimables, elles disent quelquefois des choses gentilles, des compliments. Elles sont souvent assommantes, car elles disent tout haut ce que fait M^{me} T... « Tiens, elle se peigne. Ah, elle mange, elle a bon appétit, etc... », et quelquefois aussi répètent ce qu'elle pense. Les hommes sont plus grossiers, ils font des plaisanteries déplacées, et quelquefois des propositions malhonnêtes. Mais ils n'ont jamais essayé de violence ou d'attouchement physique. Il semble que la malade n'ait jamais eu d'autre hallucination que des hallucinations auditives et psychiques. Elle nous dit cependant qu'avant son internement, on lui envoyait de l'électricité ; mais il semble que cela ne se soit pas reproduit et sa cénesthésie paraît peu atteinte. Elle parle de ses voix sans émotion, n'exprime aucune idée de vengeance ou même de défense. Elle ne raconte d'ailleurs pas spontanément son délire, elle répond plutôt aux interrogations, toujours docilement, d'une façon parfois incohérente et en usant de nombreux néologismes, ou plus exactement de paralogismes.

On lui fait des « dictées », des « disettes ». — Qu'est-ce que cela signifie ? — Nous le savons bien, voyons ! (sourire). On lui a fait « l'enroulement » et « l'envoûtement des tailleurs ». Les propos sont assez stéréotypés. On ne trouve ni négativisme ni catatonie, ni conservation des attitudes.

Si l'on recherche les signes physiques de la paralysie générale on les trouve nets et nombreux. Les pupilles, inégales — la droite plus grande — sont déformées et rigides. Les réflexes rotuliens sont vifs à droite, diminués à gauche. La dysarthrie existe, parfois spontanée, toujours nette aux mots d'épreuve. Le tremblement de la langue et des doigts est assez marqué.

Syndrome humoral. — Bordet-Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, hypercytose rachidienne. La réaction du benjoin colloïdal est positive.

Impaludée le 23 novembre 1923, le traitement n'a produit que des modifications peu importantes dans l'état mental.

Le premier diagnostic qui vienne à l'esprit en présence d'une telle malade, indifférente, très affaiblie intellectuellement, incohérente, dont le délire pauvre, peu consistant, imprécis, remonte au moins à neuf ans et s'exprime par de fréquents néologismes, est celui de démence paranoïde. Seuls les signes physiques — inertie pupillaire, dysarthrie, — systématiquement recherchés, attirent l'attention sur l'hypothèse d'une paralysie générale, hypothèse confirmée par l'examen du liquide céphalo-rachidien. L'absence de Romberg, de troubles moteurs feront écarter l'idée d'une coexistence de tabès.

La question doit se poser ici de savoir s'il s'agit d'un délire ancien, préexistant au processus paralytique auquel l'affaiblissement démentiel aurait donné sa marque ; ou si nous nous trouvons simplement en présence d'un délire atypique

de la paralysie générale. Néanmoins, étant donnée l'ancienneté du délire, la première hypothèse paraît la plus vraisemblable.

OBSERVATION IV (Personnelle). — C... Joséphine, 30 ans.

Il s'agit d'une malade présentée à la Société Clinique de Médecine mentale par MM. Capgras, Lucchini et Schiff, en Décembre 1924. Cette femme avait depuis quelques mois des hallucinations multiples, visuelles, auditives, cénesthésiques, et un sentiment d'étrangeté à l'égard du monde extérieur. Vivant depuis de nombreuses années avec un ami, elle ne le reconnaissait plus et prétendait qu'on lui substituait tous les jours un sosie différent. Euphorique malgré ses persécutions, M^{me} C... présentait une diminution de la mémoire et une indifférence marquées. Les signes physiques étaient ceux d'une paralytique générale : pupilles inertes, réflexes rotuliens exagérés, troubles de la parole, et son syndrome humoral caractéristique.

Cette malade fut envoyée à la Clinique, le 23 janvier 1925, avec le certificat suivant :

« Délire hallucinatoire avec troubles sensoriels ; hallucinations cénesthésiques, auditives, visuelles et pseudo-hallucinations. Sentiment d'étrangeté, de changement, de dépersonnalisation. Illusion des sosies.

« On la persécute, on l'électrise. Des voix lui disent : « Méfie-toi... Ils me font des yeux... Ils me font rire... Ils m'excitent (excitation sexuelle).

« Signes physiques de syphilis nerveuse. Troubles de l'élocution. Troubles de l'équilibre. Romberg. Euphorie. Réflexes rotuliens exagérés. Lenteur des réflexes pupillaires. Albumine : 0,40. Globulines ++++. Leuco : 36,2. Réaction du benjoin : 22222,22222,10000. Elixir parégorique : 2-2. »

Sitôt entrée dans le service, M^{me} C... a eu plusieurs ictus consécutifs à la suite desquels son aspect clinique est devenu

très différent. L'affaiblissement de l'intelligence et de l'affectivité s'est considérablement accentué ; les troubles sensoriels et les idées délirantes ont disparu. Elle a présenté pendant quelque temps de la paraphrasie accompagnée de troubles de la lecture et de l'écriture.

Cette malade a été envoyée peu après à l'Asile de Maison-Blanche. Actuellement démente et gâteuse, elle réalise le tableau complet de la paralysie générale à la dernière période.

OBSERVATION V (Personnelle). — S... Delphine, 59 ans.

Entre à l'Asile le 10 octobre 1924, avec le certificat suivant : « Dymnésie. Désorientation. Incurie. Niaiserie. Euphorie. Idées délirantes de persécution. Interprétations morbides. Probablement hallucinations de l'ouïe et de l'odorat. On lui envoie des gaz, on la traite de putain, on l'ensorcelle, on la vole, on lui aurait donné des coups de couteau à la tête. Voyait son mari couché dans son lit. Pupilles inégales et paresseuses. Quelques accrocs de la parole. Fausse couche en 1883 ».

A l'entrée, M^{me} S... se montre assez indifférente, docile, affaiblie, incapable d'effort intellectuel, ne cherchant à faire aucun calcul. L'euphorie est nette. Les signes physiques sont ceux d'une paralytique. Les pupilles sont inégales, paresseuses, les réflexes rotuliens exagérés, la langue instable ; la parole, lente, présente par intervalles quelques accrocs. L'interrogatoire révèle un délire assez flou, mal exprimé, car la malade rabâche, revient toujours sur les mêmes sujets, est incapable de fournir une indication précise. Divorcée il y a vingt-trois ans, frappée autrefois — très réellement — de six coups de couteau par le mari qu'elle quittait, elle se croit depuis environ un an et demi persécutée par ce mari. Elle l'a vu dans le compteur à gaz, il l'insulte tout le temps si grossièrement qu'elle ne veut pas répéter les termes dont il se sert. Il lui met des saletés dans sa cuisine. Il la rend malade. Son comportement ne se ressent d'ailleurs pas de ses idées délirantes. Elle est eupho-

rique, satisfaite, n'énonce aucune idée de vengeance, travaille docilement et très convenablement dans le quartier.

A l'examen du liquide céphalo-rachidien on trouve 2,6 lymphocytes par mm³ ; 0 gr. 50 d'albumine par litre. Réaction de Pandy et de Weichbrodt positives. Réaction du benjoin : (22222.22222.10000). et de l'élixir parégorique positives. Wassermann positif.

Impaludée le 16 octobre 1924, elle n'a été soumise ultérieurement à aucun traitement spécifique.

Elle n'a jamais eu d'ictus. Son comportement est resté le même. Peut-être mieux orientée, moins affaiblie, elle a conservé sans doute ses idées délirantes, mais est devenue réticente, nie ses hallucinations, d'ailleurs assez maladroitement : « Je ne suis pas assez bête pour avoir raconté que mon mari était dans le compteur à gaz... Je ne raconte pas des histoires de midi à quatorze heures. » Cependant, si on insiste, elle avoue qu'elle entend son mari sous son lit, ou tout au moins dans le sous-sol. Mais cela ne modifie en rien son euphorie, ni son attitude quasi-normale à l'Asile.

En somme, nous nous trouvons en présence d'une malade présentant tous les signes physiques et humoraux de la paralysie générale, peu affaiblie intellectuellement, sans trouble du comportement, hallucinée, et dont le délire pauvre, imprécis, semble s'être atténué depuis l'entrée à l'Asile. Si on ne tenait compte que de l'état mental, cette femme ferait plutôt l'effet d'une vieille délirante affaiblie que d'une paralytique générale.

OBSERVATION VI (Rouillard et Klippel. Résumée). — Eugénie N... 45 ans, célibataire, ouvrière en robes.

A son entrée à Ste-Anne, cette malade est vue par M. Rouillard qui fait à son sujet le diagnostic suivant : « Délire des persécutions. Des esprits ou des somnambules la persécutent depuis peu, la volent et lui restituent les objets volés. Hallucinations psychiques (on lui a pris ses idées, on lui vole ses pensées aussitôt qu'elles lui viennent). On a mis du poison dans son

quinquina. Pas d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Ne désigne pas et ne connaît pas ses persécuteurs. Avant ces idées de persécution a eu une période de plusieurs années de tristesse. »

Les antécédents de cette malade, tant héréditaires que personnels, sont inconnus. Elle ne présente aucun symptôme de dégénérescence.

Pendant 18 mois M^{me} N... reste stationnaire, avec toutes les apparences d'une persécutée passive. Elle écrit à sa patronne des lettres très cohérentes, où quelques phrases semblent indiquer le début d'un délire de grandeur. Ainsi dans une lettre datée du 15 janvier 1888, c'est-à-dire onze mois après son entrée, on trouve ces mots : « Ils ont intérêt à me garder ; ils ont fait des recherches sur ma famille ; ils y ont appris que j'étais d'une grande famille noble, etc... ». Cette lettre est signée : de Nevers, particule que la malade ajoute à son nom pour la première fois. Ce symptôme est à ce moment-là considéré comme un début de mégalomanie, conséquence si fréquente, et souvent logique, du délire des persécutions.

Au bout de plusieurs mois, on s'aperçoit qu'elle change complètement d'aspect. Elle est devenue sale, mange gloutonnement sans mâcher, si bien qu'on est obligé de la mettre avec les gâteuses. Elle vole divers objets aux autres malades, entre autres une pièce de dix francs, parce que, dit-elle, « elle était jolie et elle brillait ». Sa conversation est devenue celle d'une démente. La mémoire a beaucoup diminué. Elle ne réclame plus sa sortie, se trouve parfaitement bien. Les idées de grandeur et l'euphorie sont devenues très importantes : Elle est la dernière descendante de la famille de Nevers. Son aïeul, un duc de Nevers, a été maréchal de France vers l'an 1500, sous Napoléon 1^{er}, et l'héritage doit lui en revenir. Elle sera bientôt millionnaire et épousera un prince,

Au point de vue physique, on note un embarras de la parole

très notable, qui va en augmentant ; pendant les deux derniers mois de sa vie, M^{me} N... ne bredouille en effet que des mots inintelligibles. Myosis double. Tremblement fibrillaire des muscles de la face et la langue.

La malade mourut un an après, complètement gâteuse, et couverte d'escarres.

Les résultats de l'autopsie, pratiquée par M. Klippel montrent des lésions histologiques de paralysie générale.

OBSERVATION VII (Magnan. Résumée). — R... Auguste, 48 ans, entre le 8 novembre 1892 à Ste-Anne.

Dans les antécédents héréditaires de ce malade, on retrouve une mère asthmatique et névropathe, morte jeune, un père impulsif et violent, un frère suicidé.

Le malade lui-même, intelligent et artiste, — il est sculpteur sur bois — est un instable, a changé très souvent de situation et de résidence. Syphilis contractée à l'âge de 20 ans. Excès alcooliques avoués.

En 1891, apparaissaient quelques troubles du caractère et en même temps du tremblement des mains assez marqué pour le gêner dans son métier de sculpteur. Quelques mois après la parole devient hésitante, puis la mémoire commence à s'affaiblir. Vers la même époque R... dit qu'on met du poison dans ses aliments et change constamment de restaurant ; d'autre part, il s'attribue une grande importance politique et manifeste quelques idées de richesse.

A la Salpêtrière, où on l'amène en consultation, Charcot porte le diagnostic de paralysie générale. Admis dans cet hôpital, il y fait au bout de quelques semaines une tentative de suicide. On le transfère immédiatement à Sainte-Anne. Dès son entrée à l'Asile on note un ensemble de signes qui ne laissent aucun doute sur l'existence d'une méningo-encéphalite. Les pupilles sont inégales, la parole dysarthrique, les mains et la langue instables ; l'écriture est déformée et presque illisible.

L'intelligence est très affaiblie. R... est déprimé, présente des hallucinations auditives pénibles, se plaint d'un ton monotone d'être grossièrement invectivé. Puis l'affaiblissement intellectuel devient moindre, tandis que les conceptions délirantes gagnent en précision et en coordination. Le malade fait une seconde tentative de suicide. Cette rémission dure plusieurs mois, au cours desquels R... présente des hallucinations nombreuses et variées, surtout psychomotrices. Le délire est alors bien coordonné et clairement énoncé. Puis surviennent en mars 1893 deux ictus épileptiformes consécutifs qui rétablissent au complet le tableau clinique classique de la paralysie générale. Après trois semaines de prostration hébétée, une amélioration progressive se produit ensuite. L'activité psychique se réveille, et la systématisation du délire atteint son apogée. R... présente un délire bien coordonné, avec hallucinations de tous ordres. Il désigne nettement ses persécuteurs et raconte dans de nombreux écrits parfaitement cohérents, les tourments qu'on lui inflige. Plus tard — en 1896 — ses facultés ayant sensiblement baissé, le délire a recommencé à perdre chaque jour de son activité et de sa cohésion.

OBSERVATION VIII (Richter. Résumée). — Richter présente l'observation d'un délirant chronique, chez qui les premiers signes de paralysie générale ne se sont manifestés que dix ans après le début des troubles délirants.

Dans les antécédents héréditaires de ce malade on trouve un père buveur périodique, deux sœurs très nerveuses.

En 1885, à la suite de la mort de sa mère, son caractère se modifie, devient sombre. Ces troubles vont en s'accroissant puis font place aux premières hallucinations auditives. Ce sont des bruits bizarres, qui le réveillent la nuit. En même temps, l'entourage note des préoccupations mystiques ; le malade s'agenouille et prie dans la rue. Si bien qu'en juin 1887, on est obligé de l'interner. A ce moment-là, le malade est parfaite-

ment bien orienté. Le fonds mental ne paraît pas atteint. Il raconte qu'il a eu des visions mystiques et les attribue à une crise pathologique, actuellement terminée. Il affirme n'avoir jamais eu la syphilis.

Les hallucinations sont très fréquentes et de tous ordres : auditives, psychiques, psycho-motrices. On parle dans sa poitrine. Il entend des voix de tous les côtés, on lui dit qu'il va mourir. On a voulu le transformer en cochon. Il est très anxieux, ne dort pas.

De juillet à septembre 1888, les troubles subissent une rémission, et le malade corrige en partie son délire.

En septembre, les hallucinations reparaissent, très nombreuses, et s'y joignent des troubles de la cénesthésie. On lui fait des courants électriques, ce sont les Juifs, les jésuites et les francs-maçons. Notre malade croit qu'il est le Christ, puis Dieu.

Malgré ce que pourrait faire penser l'apparition de ces idées de grandeur, on ne note à ce moment-là aucun symptôme ni démentiel, ni physique de la maladie de Bayle. Les idées de grandeur, d'ailleurs, ainsi que le fait remarquer l'auteur, ne sont pas tellement anormales au cours des paranoïas et ne doivent pas faire forcément préjuger d'une co-existence de paralysie générale.

Jusqu'au début de 1895, le délire subsiste, assez mal coordonné, un peu fantastique, mais sans présenter de modifications considérables.

En mars de la même année, surviennent de petits ictus, suivis de troubles aphasiques. En juin, se montrent les premiers signes d'affaiblissement intellectuel. En même temps apparaissent quelques troubles de la démarche, qui devient incertaine. Le malade engraisse, devient agité et gâteux. Puis les signes physiques deviennent de plus en plus nombreux.

On note des secousses nyctasmiformes, un léger ptosis à

droite, des réactions pupillaires lentes. La dysarthrie commence à se manifester ainsi que le tremblement de la langue et des doigts. On constate une ébauche de Romberg, de l'exagération des réflexes, une diminution marquée de la force musculaire. L'affaiblissement intellectuel s'accroît, la démence se confirme de plus en plus ; les idées délirantes persistent néanmoins, mais ne sont pas formulées spontanément, et ne déterminent pas de réactions affectives. Malgré l'évolution rapide de la démence, le « noyau paranoïque » persiste dans les conceptions délirantes.

En février 1896, ce malade meurt des suites d'un érysipèle. Malgré l'absence d'autopsie, on pouvait, dit Richter, affirmer la présence de la paralysie générale.

On pourrait se demander si la première période de la psychose peut être englobée dans le tableau clinique de la maladie de Bayle, si, en d'autres termes, le cas tout entier ne constitue pas une forme paranoïde de la paralysie générale. Pour l'auteur, cette hypothèse tombe du fait qu'il n'y a eu pendant 10 ans aucun signe témoignant d'un processus encéphalitique.

Il s'agit d'un cas de paranoïa hallucinatoire, qui après dix ans d'évolution a fait place à la paralysie générale.

OBSERVATION IX (Pactet. Résumée). — X... ingénieur, 37 ans, entre à l'Asile le 2 août 1905. Père alcoolique, mère débile. Un cousin et une cousine déments. Un frère débile.

Le malade présente des stigmates physiques de dégénérescence (signes de féminisme).

X... se marie en 1903 et, au retour de son voyage de noces, commence à manifester des idées de persécution très nettes. Il croit qu'on veut attenter à sa vie, on essaie de l'empoisonner, sa belle-mère a placé chez lui une cuisinière avec l'intention de faire mettre du poison dans ses aliments. Pour se mettre en sécurité, il demande à entrer à l'hôpital militaire, et là, de peur d'être empoisonné par le médecin, il absorbe

tous les jours une dose assez forte d'ipéca que lui apporte sa mère en cachette. En même temps, il rédige un mémoire de 25 pages qu'il adresse au Procureur de la République.

En sortant de l'hôpital il se réfugie successivement chez deux de ses amis, qu'il quitte au bout de quelques jours, fuyant toujours de nouvelles persécutions. Il finit par aller vivre à Bruxelles, avec sa mère, qu'il accuse ensuite de le droguer. Il continue à prendre sa dose quotidienne d'ipéca.

Il est interné 18 mois après, à la suite d'un scandale qu'il provoque en jetant des objets mobiliers par la fenêtre, au cours d'une période d'excitation.

Il présente quatre mois après son entrée à l'Asile des crises ayant tous les caractères de l'épilepsie, et qui se reproduisent par la suite à intervalles irréguliers.

On constate ensuite, pour la première fois, de l'embarras de la parole et des troubles pupillaires. Puis le malade manifeste quelques idées de grandeur.

Au moment de la présentation, X..., dont l'intelligence est considérablement affaiblie, ne répond, quand on l'interroge, que par des propos incohérents. Il ne formule plus aucune idée délirante et est gâteux par intervalles. La dysarthrie est très accentuée, les pupilles inégales et inertes, les réflexes rotuliens vifs. Il n'y a pas eu de ponction lombaire.

L'autopsie pratiquée quelques semaines après la présentation, révèle des lésions non douteuses de paralysie générale.

OBSERVATION X (Legrain. Résumé). — L... inspecteur d'assurances, 48 ans, entre à l'Asile le 23 novembre 1908. Le certificat d'internement signale un état de dépression psychique, avec hallucinations et fabulation rappelant l'ivresse pathologique. Le malade a des stigmates manifestes de dégénérescence. Les antécédents héréditaires sont lourds : un oncle paternel a été interné, un autre, arriéré, est mort dans une maison de

santé ; une tante maternelle et une sœur sont débiles. Il a contracté la syphilis en 1886.

L'observation de ce malade peut se diviser en deux parties :

Dans une première la paralysie générale n'est point soupçonnée. L... à la suite d'excès alcooliques, fabrique un délire hallucinatoire, qui, grâce à un appoint imaginaire très net se systématise et se prolonge au delà du temps normal. Dès le début, il présente un état marqué d'obtusion, d'obnubilation intellectuelle, et quelques idées de grandeur accompagnées d'euphorie.

En juin 1909 survient un ictus épileptiforme, à la suite duquel le tableau clinique change peu à peu. Les signes physiques de la maladie de Bayle apparaissent et se précisent : Dysarthrie, instabilité de la langue, pupilles déformées. Le délire systématisé persiste, monotone, absurde, et s'accompagne d'idées de grandeur incohérentes. La ponction lombaire révèle une hyperlymphocytose considérable.

La question se pose de savoir s'il s'agit d'une coexistence de deux maladies différentes, d'une paralysie générale survenue chez un délirant chronique, ou si, au contraire, la période délirante n'a été que le premier symptôme de l'encéphalite. L'auteur incline vers cette dernière hypothèse.

OBSERVATION XI (M^{lle} Pascal. Résumée). — M. G... 56 ans, capitaine d'infanterie.

Les premiers troubles mentaux présentés par ce malade ont été des idées de persécution et de grandeur dès le début actives et systématisées. Ce malade entre à Ste-Anne en 1902 avec le certificat suivant de Magnan : « Est atteint de paralysie générale avec idées ambitieuses et de persécution, propos incohérents, excitation par intervalles. Hésitation de la parole, inégalité pupillaire. Syphilis. »

G... a été trépané en février 1902 pour un traumatisme crânien survenu cinq ans auparavant.

A l'entrée, le malade manifeste des idées délirantes très actives, surtout des idées de persécution. On l'empoisonne avec toutes sortes de produits chimiques. Il a senti le goût de ces poisons dans les aliments. Il accuse les médecins et le personnel de couper les enfants en morceaux et de boire leur sang. Les idées de grandeur sont moins vives et plus intermittentes. Comme signes physiques, on note : Embarras de la parole. Ecriture tremblée. Un peu d'inégalité pupillaire. Réflexe rotulien gauche très faible.

Pendant douze ans, le malade reste à peu près semblable à lui-même, les troubles de la mémoire, assez marqués, portent sur les phénomènes de fixation et de conservation. M. G... est bien orienté dans le temps et dans l'espace. Son affectivité est inégale, et dans l'ensemble, diminuée. L'activité délirante au cours de cette longue période n'a pas été modifiée. Elle a été alimentée par des troubles psycho-sensoriels continuels : hallucinations psycho-motrices verbales et troubles cénesthésiques. Les idées de persécution, pauvres, monotones, ternes, sont au premier plan. Les idées de grandeur n'ont pas varié non plus. Les signes physiques s'accroissent. Ce malade n'a jamais eu d'ictus, ni au début, ni pendant son séjour à l'Asile.

OBSERVATION XII (Lwoff et Targowla. Résumée). — G... Jean-Baptiste, née le 22 octobre 1869, soldat retraité de la garde républicaine, est interné le 14 septembre 1919. Rien de notable dans ses antécédents héréditaires et collatéraux. Syphilis à l'âge de 20 ans.

Dès l'entrée on pense à la paralysie générale, mais il existe surtout des signes de tabès incipiens. Peu à peu, cependant, la symptomatologie s'accroît, et l'on constate alors la déformation avec inégalité et rigidité des pupilles, l'instabilité des doigts et de la langue, du tremblement des lèvres pendant les mouve-

ments de la parole. La dysarthrie, qui n'est pas évidente, apparaît nettement après quelques minutes de conversation et le malade accroche aux mots difficiles.

Dans la série tabétique, on note l'aréflexie patellaire et achilléenne, une ébauche de Romberg, du dérobement des jambes. Surdité et incontinence d'urine. Réflexes plantaires normaux.

Syndrome humoral : Bordet-Wassermann positif dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien. Hypercytose rachidienne et hyperalbuminose (40 cgr. au tube de Sicard et Cantaloube), réactions de Nonne-Apelt et de Pandy (globulines) positives. La réaction de Lange est du type paralytique ; celle du benjoin colloidal positive.

Les symptômes psychiques ont suivi une évolution parallèle à celle des troubles somatiques. On notait au début « Un peu de lenteur de la mémoire et de l'idéation. Mémoire correcte. Pas d'euphorie ni d'indifférence. Travaille bien. « Mais, par la suite G... cesse tout travail, reste toute la journée inactif et indifférent, aboulique, vaguement euphorique et satisfait quand ses persécuteurs le laissent en repos. L'idéation est lente. La mémoire reste assez précise. G... est bien orienté avec toute-fois, dans le temps, un curieux décalage d'une année.

Sur cet état mental se greffe un délire systématisé de persécution et d'influence à base d'hallucinations et d'interprétations.

Il est persécuté par trois inconnus qui le harcèlent sans répit, l'insultent, le menacent, l'empêchent de travailler. Ils veulent le forcer à causer avec eux et à dire comme eux. Ils connaissent sa vie passée, savent tout ce qu'il pense, tout ce qu'il fait, le répètent et en rient. Les persécutions redoublent de violence la nuit. On lui brûle la tête et le fondement, ses persécuteurs l'injurient, tapent dans ses oreilles avec des ricanements et parfois se mettent tous les trois dedans. Ils cherchent par tous les moyens à le rendre fou.

On n'a pas noté d'hallucination psycho-motrice.

On est frappé, chez ce malade, par sa bienveillance : il n'a pas de rancune à l'égard de ses persécuteurs, voudrait seulement « arranger cette affaire » et en sourit facilement.

Il s'agit d'un délire secondaire à un accès onirique: Un soir — un mois avant son internement — il reconnut dans la rue deux individus, un homme et une femme, qui l'avaient bousculé quelque temps auparavant. En même temps, il reçut en pleine figure une sorte de boule qui éclata ; d'autres suivirent, qui venaient d'un aéroplane « qu'ils avaient en l'air ». C'était pour le tuer. En même temps ils lui firent des « lumineuses ».

Aux hallucinations auditives s'adjoignirent à ce moment des hallucinations visuelles qui disparurent par la suite, puis se reproduisirent, plusieurs mois après.

Il s'agit vraisemblablement d'une paralysie générale greffée sur un tabès.

OBSERVATION XIII (Targowla. Résumée). — Lo... (Clémence), née le 4 avril 1876, est internée le 6 avril 1915, avec le certificat suivant, du professeur Dupré : « Etat d'excitation incohérente et désordonnée, avec divagations extravagantes, idées délirantes polymorphes et inconsistantes de grandeur, de persécution, de possession, d'influence. Agitation coléreuse et agressive par intervalles, avec cris, injures menaces et sévices contre sa belle-fille âgée de 15 ans, avec qui la malade vit seule depuis le départ de son mari mobilisé. La malade prétend communiquer avec Napoléon et Marie-Louise au moyen d'un téléphone placé dans son ventre. Inertie des pupilles, vivacité des réflexes rotuliens ; instabilité de la langue et des mains. Appoint alcoolique. Paralysie générale probable ».

A l'entrée, on note en outre du tremblement des lèvres et un peu d'hésitation de la parole. La malade est incapable d'exécu-

ter les ordres les plus simples : étendre la jambe, ouvrir la bouche, etc... Elle parle seule ; ses propos sont décousus.

Il existe des signes nets d'alcoolisme subaigu ; elle avoue d'ailleurs des excès de boisson.

Peu de notes ont été prises ensuite. Il semble cependant que Lo... ait traversé une période de rémission relative ayant débuté à la fin de 1915 dans le premier semestre de 1916.

En novembre 1921, elle est désorientée, sa mémoire est très déficiente. Il est presque impossible de retenir son attention ; il faut répéter plusieurs fois une question pour obtenir une réponse, très souvent mauvaise où à côté. Elle parle continuellement de façon incohérente et difficilement intelligible ; elle correspond toujours avec Napoléon et Marie-Louise au moyen du téléphone qu'elle a dans le ventre. Elle tient des propos mystiques. Son aspect est euphorique, sa tenue peu soignée.

Collectionnisme. L'état général est bon et elle s'occupe aux travaux du ménage malgré son affaiblissement intellectuel.

La langue et les mains tremblent ; le tremblement des mains s'exagère pendant l'écriture. Elle parle très vite, avec des accrocs de temps à autre.

Les réflexes rotuliens sont forts ; le droit est nettement exagéré.

Les pupilles sont contractées et inégales ; la gauche est, de plus, un peu irrégulière et réagit très faiblement à la lumière ; la droite est immobile.

On remarque chez cette malade la persistance des hallucinations et des idées délirantes qui, malgré leur incohérence, n'ont pas varié. La dysarthrie est discrète ; l'aspect général est celui d'une démence vésanique.

Deux ponctions lombaires ont été faites, le 8 novembre et le 22 décembre 1921. La malade a été transférée ensuite dans un Asile de province et perdue de vue.

1. Réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et

le liquide céphalo-rachidien. Alb : 0 gr. 48 p. 1.000. Réaction de Pandy + Leucocytes : 36 p. mm³ . Réaction de Guillain, Laroche et Léchelle : 22222.22222.10000.

2. Réaction de Bordet-Wassermann : positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Alb. : 0,41. Réaction de Pandy ++ Leucocytes : 48. Réaction du benjoin : 22222.22222.10000.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

Esquirol, pour établir sa classification, démembra la mélancolie des anciens auteurs ; il sépara de la lypèmanie, qui n'est autre chose que la mélancolie de la nomenclature actuelle, les monomanies en particulier, dans lesquelles il rangeait entre autres choses les délires. Parmi les monomanies, Lasègue, un peu plus tard, isola le délire des persécutions. Les deux Falret, s'attachant à la même étude, découvrirent ensuite l'évolution particulière de certains délires de persécution vers les idées de grandeur. Ils insistaient spécialement, dès cette époque, sur le caractère continu et non constant de la démence terminale.

Magnan, en 1890, donna une classification bien nette des délires ; d'une part, il décrivit le délire chronique à évolution systématique ; et d'autre part, reprenant les descriptions de Morel, les délires des dégénérés.

Le délire chronique tel que le concevait Magnan était surtout caractérisé par son évolution. Il y décrivait quatre phases : Une première période de malaise, d'inquiétude et d'interprétations ; une seconde, au cours de laquelle le délire se précise et se systématise, marquée par l'apparition d'hallucinations auditives, et plus

tard — signe de chronicité, — par l'écho de la pensée ; une troisième, définie par les idées de grandeur ; enfin une phase, terminale, de démence.

Le délire chronique de Magnan apparaît à un âge plus avancé que les délires des dégénérés et se développe sur un terrain exempt de tares héréditaires graves. Il est habituellement incurable.

Pratiquement, ce schéma se trouve assez exceptionnellement réalisé. La conception de Magnan a d'ailleurs dès le début été vivement combattue, notamment par Falret et par Ségas, qui n'estimaient pas que la phase terminale de démence fit nécessairement partie de l'évolution.

D'autre part, Magnan décrivait parmi les délires des dégénérés, des délires hallucinatoires, délires d'emblée, débutant brusquement chez des sujets jeunes à hérédité chargée, à stigmates physiques apparents. Autant la description du délire systématisé était schématique, et son évolution régulière, autant les idées délirantes des dégénérés sont multiples, mobiles, polymorphes dans leurs éléments comme dans leur marche.

Dans ces délires les idées de persécution coudoient les idées de grandeur et s'associent aux idées mystiques, hypochondriaques, mélancoliques ; plusieurs conceptions délirantes peuvent se succéder, s'intriquer, s'associer, disparaître pour reparaitre ensuite, juxtaposées parfois à d'autres conceptions contradictoires. Des hallucinations de plusieurs sens, des illusions, des interprétations, se combinent et s'entremêlent ; on trouve souvent dès le début des phénomènes qui sont, dans le délire chronique, d'apparition tardive et de

signification fâcheuse, tel que l'écho ou le vol de la pensée : ils n'ont ici aucune valeur pronostique et tout ce mélange incohérent et enchevêtré disparaît souvent comme il est né. (Magnan). Ces troubles se présentant souvent, en effet, sous forme de « bouffées délirantes ».

Certains de ces délires ébauchent une sorte de systématisation mais sans progression régulière, et sans que leur pronostic s'aggrave. Ils peuvent enfin, plus rarement, verser dans la démence. En réalité, ce second groupe englobe des faits bien différents qui ont été, depuis, plus ou moins dissociés.

A la même époque, l'école allemande s'orientant vers une conception plus philosophique des faits, étudiait sous le nom de *paranoïas* des états qui n'étaient autre chose que les monomanies d'Esquirol. De nombreuses classifications furent proposées. C'est en 1899 que Kraepelin apporta sa classification des psychoses en deux grands groupes : démence précoce et psychose maniaque dépressive, sur laquelle il s'appuya pour remanier les cadres nosographiques existants. Il réservait le terme de *paranoïas* aux délires non hallucinatoires, que Magnan classait parmi les délires des dégénérés ; les délires hallucinatoires rentraient dans le groupe de la démence précoce, dont ils constituaient la forme paranoïde. Pour lui, en effet, tous les délires hallucinatoires comportaient une base dementielle qui existait même quand la démence ne pouvait être mise cliniquement en évidence.

Cette conception provoqua, notamment de la part de l'école française, de nombreuses critiques. Séglas, Arnaud, Trénel, présentèrent des délires hallucinatoires

ayant évolué sans démence. Sérieux défendit le délire chronique.

Dans la doctrine Kraepelinienne, une importance considérable est attribuée à la spécificité des états terminaux ; et une observation plus prolongée et plus étendue des faits amena le maître de Munich à réformer dans ce qu'elle avait d'absolu la notion de démence paranoïde.

Il décrivit, en effet, des cas dans lesquels le délire se prolongeait pendant toute l'existence des malades sans que jamais se manifestât d'affaiblissement intellectuel. Dans d'autres cas, l'affaiblissement qui survenait était la conséquence d'un état organique surajouté (artérioclérose, démence sénile, etc...) et ne faisait nullement partie de l'évolution normale du délire. Il donna comme type de ces faits le délire chronique de Magnan, où la démence lui apparaissait comme contingente. C'était, en somme, la conception de Falret. Kraepelin considérait cette catégorie de faits comme constituant un groupe d'attente, d'ailleurs mal délimité, qu'il dénomma paraphrénie et qu'il sépara de la démence paranoïde. La paraphrénie comprend donc, si nous juxtaposons ce cadre à la nosographie française de la même époque, les délires de Falret, le délire chronique et une partie des délires des dégénérés. La démence paranoïde englobe les délires hallucinatoires des dégénérés devenus incurables en raison de l'affaiblissement intellectuel.

Partant de ces deux classifications essentielles, des variantes ont été proposées. Rogues de Fursac n'admettant plus la démence paranoïde, répartit les faits qui la constituent entre l'hébéphrénie délirante et la psychose

hallucinatoire chronique, qui n'est autre chose qu'une extension des paraphrénies.

Le Professeur Claude reprenant la classification syndromique des auteurs français, range à côté des délires d'interprétation, hallucinatoires, d'influence, formes pures relativement rares, ce qu'il appelle le syndrome d'action extérieure, constitué par l'association et l'intrication d'éléments différents ; ces faits sont les plus nombreux. D'autre part, à un point de vue nosologique, Claude distingue des psychoses paranoïaques et des psychoses paranoïdes. Les psychoses paranoïaques dont le type le plus parfait est le délire des persécutés persécuteurs, et qui comprend notamment un certain nombre de délires hallucinatoires, se définit essentiellement par le fait que les troubles psychiques se développent sur un fond constitutionnel particulier, la constitution paranoïaque ; en outre, ils n'évoluent pas vers la démence, ils ne s'accompagnent d'aucun déficit.

Les psychoses paranoïdes se distinguent des précédentes par l'absence de constitution paranoïaque, la moindre systématisation du délire et l'évolution vers un état de désagrégation soit déficitaire (hébéphrénie) soit dissociatif (schizophrénie). Ces états correspondent à la démence précoce, de Kraepelin à l'hébéphrénie délirante de Rogues de Fursac.

Nous n'avons pas cru devoir insister sur la description purement clinique de ces faits qui sortirait du cadre de ce travail, Mais avant d'aborder l'étude même des « formes paranoïdes de la paralysie générale » il est nécessaire que nous donnions ici une analyse des éléments constitutifs de ce syndrome.

Ils sont nombreux et de tous ordres. Les hallucinations sont fréquentes. Parmi celles-ci les hallucinations auditives avaient dès longtemps attiré l'attention des auteurs, et, à la suite de Sérieux et Mignot, Ducosté, etc .. on a rapporté des observations dans lesquelles elles paraissaient conditionnées par des lésions prédominant au niveau du lobe temporal. Au surplus, ce symptôme n'est qu'un des facteurs du syndrome observé et s'associe aux hallucinations psychiques, à l'écho de la pensée, aux illusions, aux interprétations délirantes, etc... Il ne s'isole pas du syndrome paranoïde.

L'onirisme y tient une grande place. Telle de nos malades accouche toutes les nuits de chats et de singes ; telle autre décrit des scènes effrayantes qui ont tous les caractères du rêve. On y rencontre quelquefois des hallucinations visuelles à type hypnagogique, des illusions de la vue. L'imagination, la fabulation y jouent un rôle important. Quelques unes de nos malades, R... (Obs. I) entres autres, construisent leurs idées délirantes au fur et à mesure qu'elle les racontent ; il n'est pas difficile d'orienter leur délire vers le sujet que l'on souhaite, à la condition, naturellement, de rester dans les limites de leur délire. Leur suggestibilité est extrême et leur délire, en somme, trop mobile pour être vraiment bien systématisé. Enfin nous avons vu que quelques malades — celui de Ducosté — interprétaient certains de leurs symptômes, l'attitude de leur entourage. Mais c'est là un des processus les moins habituels dans ces délires.

Leur évolution est variable. Certains malades étaient manifestement délirants avant de devenir paralytiques ; tel semble être le cas du malade présenté par Richter

(Obs. VIII) ; tel encore celui de Joffroy et Gombault, qui, interné en 1879 pour délire de persécutions avec hallucinations de l'ouïe, vécut normalement hors de l'Asile pendant dix ans et chez qui l'affaiblissement, d'ailleurs léger, ne se manifesta qu'en 1895, avec la dysarthrie et les premiers signes physiques.

Chez ces malades, la méningo-encéphalite n'apporte que son cachet progressivement démentiel, qui modifie un délire déjà existant. Chez d'autres, au contraire : S... (Obs. V), C. . (Obs. IV), R... (Obs. I), les malades observés par Lwoff et Targowla dans sa thèse, le délire paraît être la première manifestation de la maladie de Bayle ; il a alors fréquemment le même début brusque que les bouffées délirantes des dégénérés, décrites par Magnan ; et c'est seulement plus tard que l'attention attirée par certains signes un peu particuliers — dysarthrie, affaiblissement intellectuel progressif — on est appelé à soupçonner un autre diagnostic.

La marche de ces délires est aussi variable, et nettement subordonnée à l'évolution de l'encéphalite.

Tantôt, dans les formes stationnaires, quand des ictus ne viennent pas troubler le cours de la maladie, l'évolution est assez lente, et le malade semble alors présenter un délire systématisé chronique. D'autres fois, les idées de grandeur, qui surviennent rapidement, décèlent un état déficitaire qui complète la ressemblance avec l'état paranoïde. Pourtant, même dans ces cas, apparaissent quelques caractères atypiques. L'indifférence étonne chez ces persécutés, et l'euphorie bien davantage ; à vrai dire ces contradictions se retrouvent souvent dans les états paranoïdes. Cependant, la niai-

série des conceptions délirantes, l'euphorie plus accentuée font hésiter sur ce diagnostic.

Cette évolution présente enfin, quelquefois, des caractères tout à fait particuliers. Certains ont, par moments, des périodes de désagrégation assez marquée de leur délire, qui redevient ensuite organisé et cohérent. C'est ce que nous avons observé chez les malades R... (Obs. I) et G... (Obs. II). Chez le malade de Magnan et Sérieux, chez d'autres encore, la démence une fois apparue, progresse sans arrêt et désagrège définitivement le délire (T... Obs. III).

Ces particularités attirent forcément l'attention sur un autre diagnostic, même si l'on n'a pas déjà recherché systématiquement, et trouvé, des signes physiques et un syndrome humoral qui prouvent l'existence d'une paralysie générale sous-jacente.

Mais ces éléments de différenciation peuvent n'être découverts que tardivement. Et en leur absence, on a bien affaire, cliniquement à des états paranoïdes, où se retrouvent le fonds démentiel et les signes d'automatisme mental caractéristiques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la forme paranoïde de la paralysie générale est souvent malaisé. Il comporte deux éléments : le diagnostic du délire et de la démence paralytique.

Le délire dans la grande majorité des cas n'est pas difficile à reconnaître. C'est lui qui, dans toutes nos observations, domine le tableau clinique. Parfois même cette prédominance des conceptions délirantes sur une démence peu accentuée a pu entraîner à des erreurs de diagnostic. Le malade de MM. Rouillard et Klippel fut pris par Boll pour un « délire de persécution ». Moryasu décrit un cas de paralysie générale qui a porté pendant la vie le diagnostic de « schizophrénie ». Ces erreurs mettent en relief la similitude de ces délires avec les états paranoïdes ou paraphréniques.

Ainsi, en présence de délirants, quand leur âge n'exclut pas la possibilité d'une paralysie générale, doit-on toujours penser à cette maladie. On en recherchera les troubles démentiels dans une étude minutieuse du fonds mental. Les résultats de cet examen ne seront pas d'ailleurs toujours probants. En effet, nous avons vu que dans la plupart de ces cas, la démence est atté-

nuée, et l'autocritique persiste au moins partiellement. Les troubles de la mémoire et de l'attention ont disparu ou sont extrêmement atténués ; ceux du jugement ne se manifestent que dans l'expression du délire. Nous n'avons là rien qui nous permettent de différencier ces paralytiques de certains déments paranoïdes.

L'examen des signes physiques nous fournira déjà des éléments plus précis.

La dysarthrie subsiste presque toujours, parfois très marquée — c'est le cas de (G. Obs. II), quelquefois beaucoup moins (R. Obs. I). On retrouve toujours les signes pupillaires, mais ils ne sont pas pathognomoniques de la paralysie générale ; il en est de même du tremblement et des modifications de la réflectivité. La présence de ces symptômes doit surtout incliner le médecin à faire la ponction lombaire.

C'est en effet en grande partie sur les données du syndrome humoral que se fondera le diagnostic de la paralysie générale sous-jacente.

La réaction cellulaire est presque uniquement lymphocytaire. C'est là un fait connu depuis les premières recherches de MM. Widal, Sicard et Ravaut et sur lequel il n'y a pas lieu d'insister ; cette lymphocytose est telle que l'on peut, en pratique, se dispenser d'établir la formule.

Le nombre des cellules est très variable, non seulement d'un individu à l'autre, mais suivant les moments chez un même sujet. Tout ce que l'on peut dire de la lymphocytose considérée isolément, c'est qu'elle n'est pratiquement jamais nulle dans la paralysie générale *en évolution* et, à ce titre, elle possède une grande valeur sémiologique.

L'hyperalbuminose subit aussi des fluctuations qui sont, d'une façon générale, moindres et plus régulières que celles de la leucocytose. Elle baisse progressivement lorsque le processus s'atténue et il n'est pas exceptionnel de rencontrer des cas dans lesquels l'albuminose est normale alors que tous les autres éléments du syndrome humoral sont présents.

Les modifications des globulines sont plus difficiles à observer en raison du caractère subjectif de la notation des réactions ; cependant des variations grossières peuvent être enregistrées. Il convient de remarquer d'autre part que les réactions des globulines, spécialement la réaction au phénol peuvent rester positives bien que l'albuminose soit revenue à un taux normal. Par contre, nous n'avons jamais vu la dissociation inverse (hyperalbuminose avec réactions des globulines négatives) dans la paralysie générale ; il y a là une constatation intéressante au point de vue différentiel, car une telle dissociation peut se rencontrer dans d'autres affections syphilitiques ou non syphilitiques accompagnées d'une réaction méningée.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sérum est l'élément le plus variable du syndrome humoral ; elle est souvent négative et, dans une statistique que Targowla a publiée en 1922, elle manquait dans 9 % des cas. Ce fait n'est d'ailleurs pas constant pendant toute la durée de la maladie pour un même cas ; il n'est que la conséquence de variations quantitatives déjà signalées dans toutes les formes de l'infection syphilitique.

Dans le liquide céphalo-rachidien, la réaction de

fixation est sujette à des fluctuations ; mais ces modifications quantitatives, comme celles de la lymphocytose, ne l'amènent jamais à être négative dans les cas *en évolution*, pourvu que l'on ait recours à une technique d'une sensibilité suffisante, telle que le procédé de Hauptmann et Høessli ou, mieux encore, la méthode de Calmette et Massol ou celle des dilutions. Toutefois, la présence de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide cérébro-spinal n'est pas un critère absolu de la maladie de Bayle ; elle n'est qu'un signe d'évolution et peut, dans des cas très rares et bien déterminés, faire défaut.

La méthode des dilutions permet d'établir un rapport entre la valeur et la déviation du complément dans le sang et sa valeur dans le liquide céphalo-rachidien ; ce rapport (index de Dujardin) est presque toujours supérieur à 1/10 dans la paralysie générale. Seul, il n'a pas une valeur absolue mais, associé aux autres éléments du syndrome humoral, il offre un réel intérêt.

La réaction de l'élixir parégorique est toujours positive dans la paralysie générale progressive et la précipitation est totale (+++) en règle générale ; elle est néanmoins sujette à des variations et peut même, comme toutes les autres réactions du liquide céphalo-rachidien, devenir négative dans certains cas.

Il en est de même pour la réaction du benjoin colloïdal, mais la technique même de celle-ci permet d'apprécier des modifications plus délicates de la floculation. Nous avons pu ainsi décrire trois grands types de réaction : réactions fortes, dans lesquelles la précipitation, totale dans les cinq premiers tubes, s'étend au moins jusqu'au

douzième tube (22222.22222.21000-0) ; réactions moyennes, dans lesquelles la précipitation ne dépasse pas le tube XI (22222.22222.10000-0) ; réactions atténuées dans lesquelles la précipitation diminue ou s'interrompt dans le cinquième ou les quatrième et cinquième tubes de la série (22221.22221.00000-0, 22200.22210.00000-0).

Le syndrome humoral de la maladie de Bayle apparaît dès lors constitué schématiquement par les réactions suivantes : lymphocytose, hyperalbuminose avec excès de globulines, réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, index de Dujardin supérieur à 1/10, réactions colloïdales positives ou de type paralytique.

Ce syndrome humoral de la paralysie générale se caractérise par l'équilibre particulier de ces différents éléments et par sa stabilité. Ses variations se font par l'exagération ou l'atténuation des diverses réactions suivant un mode qui lui est propre, en particulier dans les rémissions on voit décroître la leucocytose, l'albuminose revenir à la normale avec persistance d'un léger excès de globuline ; la réaction du benjoin colloïdal s'atténue d'une façon progressive en passant par un type « positif atténué » pour aboutir dans les cas favorables à un type « sub-positif » ou « syphilitique ». La réaction de Bordet-Wassermann du liquide céphalo-rachidien reste d'abord totalement positive, puis diminue progressivement d'intensité. De sorte qu'il existe toujours un équilibre particulier du syndrome humoral, qui, sauf de rares exceptions, permet, associé aux données symptomatologiques et évolutives, d'établir le diagnostic de la maladie de Bayle. De plus, l'action d'un traitement

d'essai sur le syndrome humoral ne modifie pas sensiblement ce dernier. On ne le réduit qu'en conservant le mode paralytique. Au contraire, le syndrome humoral des autres formes de la syphilis nerveuse est beaucoup plus variable et l'action de la thérapeutique beaucoup plus marquée sur ses éléments. Il existe parfois une dissociation entre l'action favorable du traitement sur le syndrome humoral et celle, exercée d'une façon moindre sur l'état clinique, à l'encontre de ce qui se passe dans certains cas de paralysie générale.

Il ressort de ceci que le diagnostic de la paralysie générale, dans ces formes exceptionnelles, se posera sur le syndrome humoral associé à certains signes physiques. On doit cependant s'efforcer de faire, du seul point de vue clinique, le diagnostic différentiel avec les affections qui peuvent en simuler le tableau. D'autre part, dans certains cas, même en tenant compte des renseignements fournis par le syndrome humoral, ce diagnostic doit être discuté.

Il doit l'être en particulier lorsque l'examen du liquide céphalo-rachidien montre un syndrome de rémission. La question se pose alors de savoir si l'on est en présence d'un délire paralytique de type paranoïde ou d'autres formes de syphilis nerveuse : tabès ou syphilis méningo-vasculaire banale.

Le tabès s'accompagne parfois de délires, qui ont été particulièrement étudiés par Pierret, de Lyon. Ces délires empruntent une partie de leur symptomatologie à l'interprétation des troubles tabétiques. Ce sont des délires systématisés, de véritables états paranoïdes présentant le tableau complet de ce qu'on peut appeler avec de

Clérambault le syndrome d'automatisme mental. Mais Pierret avait vu qu'ils étaient souvent liés à des lésions encéphalitiques discrètes, identiques à celles de la paralysie générale, qu'il considérait comme relevant d'un tabès ascendant. On pourrait donc penser que ces états se rattachent à ceux que nous étudions, qu'il s'agit vraisemblablement de délires paralytiques ; mais nous n'y insisterons pas et nous leur garderons la dénomination classique de psychoses du tabès, en les considérant comme reliés par des transitions insensibles aux formes paranoïdes de la paralysie générale. Des faits de cet ordre ont été rapportés par Souza, Leite, Séglas et Vallon, Klippel et Lévy-Darras, Vigouroux et Hérisson-Laparre, Roubinovitch, Minkowski et Monestier ; par contre, Séglas et Vallon ont noté la simple coexistence d'un délire et du tabès.

Pour les différencier des syndrômes analogues dus à la maladie de Bayle, on s'attachera à rechercher les troubles tabétiques. S'il s'agit de tabès à symptomatologie franche et à évolution caractéristique, chez un malade n'ayant jamais présenté d'affaiblissement intellectuel considérable, sans dysarthrie, le diagnostic clinique s'impose. Si l'on passe à l'examen du liquide céphalo-rachidien, il se peut que l'on trouve un syndrome humoral non paralytique. Par ailleurs un syndrome de type paralytique laissera subsister le diagnostic de tabès mais devra entraîner une réserve quant à l'évolution ultérieure d'une méningo-encéphalite.

Pour la syphilis cérébrale banale, méningo-vasculaire, le diagnostic se fera de même sur l'absence de démence caractéristique et de dysarthrie, sur l'existence de signes

de localisations. Il s'agit en fait d'une affection « psychosomatique » à début récent et à évolution rapide s'accompagnant de réactions humérales positives et cédant rapidement à l'action du traitement, ou bien d'une affection de date ancienne à syndrome huméral négatif ou à peu près, et sur laquelle la thérapeutique reste sans effet.

C'est spécialement dans ce dernier cas que l'on observe des états paranoïdes (Deceke, Taty et Toy, Kræpelin, Codet, Targowla, Laignel-Lavastine et Pierre-Kahn, Lévy-Valensi et Baruk, Heuyer et Sizaret, etc.). Nous n'insisterons pas sur ces faits : ou bien il s'agit de sujets, anciens syphilitiques, mais ne présentant aucun signe de spécificité nerveuse en évolution, ou bien il est impossible d'établir un lien entre le processus méningo-vasculaire et le syndrome délirant.

Toutefois on a signalé des syndromes paranoïdes dans une forme particulière de syphilis du névraxe, décrite par Nissl et Alzheimer, l'endartérite des petits vaisseaux de l'écorce qui se distingue de l'artérite banale et de la périartérite de la paralysie générale. Dans ces faits, il arrive souvent que le syndrome humoral soit négatif ; le diagnostic avec la paralysie générale ne se discute alors pas. Mais une observation de M. Carrette pose le problème sous un autre aspect : il s'agit d'une malade de 55 ans qu'il a présentée en avril 1924 à la Société Clinique de Médecine mentale et qui subit depuis 1888 une série d'internements successifs, provoqués dans l'ensemble par un état de « débilité mentale avec idées de persécution et hypochondriaques ». Cette malade se présentait comme une hallucinée et parut

évaluer vers un état d'affaiblissement intellectuel de type vésanique paranoïde.

En 1919, cependant, elle est internée de nouveau avec le certificat suivant du Professeur Roger : « Ménio-encéphalite diffuse caractérisée par un délire incohérent sans systématisation. Etat démentiel marqué. Dysarthrie. Tremblement de la langue et des lèvres. Lymphocytose et hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien. Réaction de Wassermann positive dans le liquide, négative dans le sang. Pupilles déformées, mais égales et réagissant normalement. »

A l'Asile, ce diagnostic se trouve d'abord à peu près confirmé et la malade manifeste un délire de persécution incohérent, exprimé avec indifférence et parfois avec enjouement. Au moment de la présentation, elle apparut au contraire comme une démente organique, indifférente, avec des périodes de subexcitation au cours desquelles elle avait des hallucinations auditives, cénesthésiques, des illusions et des interprétations délirantes, des stéréotypies, sans idées de grandeur ou de richesse.

Les signes physiques se caractérisaient par un tremblement de type sénile, une allure parkinsonienne, une parole bredouillée sans accrocs caractéristiques, de l'asymétrie faciale ; les réflexes tendineux étaient vifs avec de la trépidation épileptoïde et une tendance au signe de l'éventail. Les pupilles étaient déformées, en myosis, et réagissaient mal.

Au point de vue du liquide céphalo-rachidien le syndrome humoral était de type paralytique (21 lymphocytes, 0 gr. 85 d'albumine, réactions des globulines positives,

réaction du Benjoin colloïdal positive : 22222.22222.20000.
Wassermann positif dans le sérum et le liquide.

M. Carrette a bien voulu nous communiquer les résultats de l'examen histologique qui a pu être pratiqué l'année suivante après la mort de la malade. L'écorce présentait des altérations typiques d'endartérite, mais qui s'associaient dans certains points à des lésions extrêmement discrètes d'infiltration périvasculaire et surtout à des altérations importantes des cellules nerveuses avec prolifération considérable des cellules satellites sans neuronophagie. Il existait en outre de petits foyers disséminés de ramollissement miliaire, notamment dans l'écorce, les noyaux gris et le corps calleux.

Le diagnostic de paralysie générale apparaît donc dans ce cas extrêmement discutable bien que certaines lésions se rapprochent de celles de la maladie de Bayle. Il existait aussi de la méningite. Toutefois le type de lésions prédominant se rapportait à l'endartérite de Nissl-Alzheimer. On sait d'ailleurs que des associations ont été signalées, non seulement avec l'artérite banale d'Heubner mais encore avec la méningo-encéphalite diffuse (Sioli) Quoi qu'il en soit, au point de vue clinique, cette malade se présentait comme une paralytique générale à tout le moins très atypique. Et il existait un contraste saisissant entre la formule franchement paralytique des réactions humorales et l'allure évolutive. Cette malade n'ayant pas été traitée il manque au diagnostic l'épreuve thérapeutique qui eut peut-être permis de réduire les réactions humorales et peut-être de modifier le tableau clinique.

Néanmoins ce cas nous a paru mériter une discussion

assez longue car il met en relief la difficulté que peut présenter le diagnostic différentiel des formes paranoïdes de la paralysie générale et de la syphilis cérébrale.

D'autres affections du névraxe peuvent s'accompagner d'états délirants ; mais dans ceux-ci le syndrome humoral de la syphilis fait défaut et on trouve par contre les éléments habituels de l'artério-sclérose, du mal de Bright de l'alcoolisme chronique. En particulier nous avons observé l'apparition d'un syndrome d'action extérieure chez des sujets ayant été atteints d'encéphalite épidémique, et présentant des séquelles organiques (parkinson, obésité, etc.) de cette maladie. Dans tous ces cas, la ponction lombaire lèvera le doute.

En résumé, le diagnostic qui s'impose d'abord est celui d'un état délirant. La difficulté est de reconnaître le terrain sur lequel il se développe. Si l'on est en présence d'un état organique évident, il importe d'en déterminer la cause, et de ne pas rapporter à la paralysie générale des troubles liés à une autre affection. Si celle-ci n'attire pas l'attention, il faut la rechercher pour éviter l'erreur de diagnostic, que plusieurs auteurs ont signalée. Aussi, lorsqu'on a affirmé l'existence d'une syphilis nerveuse, il est capital de déterminer si on se trouve en présence d'une paralysie générale ou d'une démence paranoïde associée à la syphilis. La dysarthrie et l'analyse des symptômes humoraux permettront cette différenciation. Ces données éclairent d'un jour nouveau le fonds mental. Elles mettent en relief certains symptômes discrets de défaillance psychique. De légers troubles de l'auto-critique, une indifférence un peu niaise, l'absence de réactions adéquates au délire, une certaine instabilité

de l'humeur, parfois même chez certains sujets traités, la notion de l'affaiblissement intellectuel antérieur qui a rétrocedé. En outre, la présence d'idées de grandeur absurdes et « erratiques », l'imprécision du souvenir de certains éléments du délire révèlent un fond démentiel différant légèrement de la désagrégation paranoïde.

Ainsi complété par l'analyse psychologique, le diagnostic de forme paranoïde de la paralysie générale pourra être confirmé par les antécédents et l'histoire de la maladie.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

Nous étudierons surtout, dans ce chapitre, les conditions de développement des délires paranoïde chez les Paralytiques généraux. Ces conditions sont très différentes.

Dans certains cas, il s'agit de malades, dont le délire systématisé remonte déjà à plusieurs années. Chez ces malades, anciens syphilitiques, apparaît soudain, quelquefois même au cours d'un internement pouvant avoir déjà une certaine durée, un syndrome paralytique banal qui peut rester longtemps assez discret. L'évolution de la paralysie générale se fait normalement, la démence s'accroît peu à peu, et le délire se désagrège plus ou moins rapidement, pour ne plus reparaitre. Il en est ainsi dans les cas de Richter (Obs. VIII) dans celui de Joffroy et Gombault : Ce dernier malade présentait déjà en 1879 un délire de persécution avec hallucinations de l'ouïe qui motiva un premier internement. Revenu à l'Asile, seize ans plus tard, il présenta les mêmes troubles, et c'est seulement trois mois plus tard, qu'un certain affaiblissement intellectuel, des troubles pupillaires et de la dysarthrie commencèrent à se manifester. L'autopsie montra uniquement des lésions de paralysie généra-

le, à l'exclusion de toute lésion tabétique. M. Pactet a observé un autre malade (Obs IX) dont les troubles délirants étaient très antérieurs à l'internement, et avaient au début évolué sur un mode qui faisait penser à la démence précoce. Ce malade présentait des stigmates physiques très apparents de dégénérescence, et une hérédité mentale chargée. Peu de temps après son entrée il eut plusieurs ictus à la suite desquels s'installa un syndrome paralytique complet. L'affaiblissement intellectuel très rapide, désorganisa le délire et ne laissa subsister que quelques idées ambitieuses, passagères et inconsistantes. Tel encore est ce malade de Janet qui avait manifesté pendant de nombreuses années un délire de persécution spirite, et dont les premiers signes de paralysie générale n'apparurent que plusieurs mois après l'internement.

C'est là la modalité la plus simple. Dans d'autres cas, la paralysie générale n'existe pas suivant le mode classique. Certains auteurs avaient même autrefois prétendu que les rémissions étaient plus fréquentes chez les sujets présentant des tares héréditaires, en particulier chez les vésaniques. En effet, chez certains de nos malades, on peut voir survenir des améliorations partielles au cours desquelles le délire reparait plus ou moins bien systématisé, plus ou moins riche, pour s'atténuer ensuite lorsque l'intensité de l'encéphalite s'accroît. C'est le cas, entre autres, de notre malade G... (Obs. II). On peut aussi observer une ou plusieurs recrudescences du délire pendant les périodes où s'estompe la démence. Tel était notamment le cas publié par Magnan dans lequel plusieurs ictus interrompirent successi-

vement l'évolution du délire qui reparaisait dans l'intervalle.

Quelle que soit l'éventualité, il s'agit jusqu'à présent de délirants primitifs devenus paralytiques, la progression de la démence conditionnant en quelque sorte soit la désagrégation, soit les fluctuations du syndrome délirant, mais ne jouant qu'un rôle accessoire ou même un rôle nul dans sa genèse. Pour d'autres malades, la méningo-encéphalite semble exercer un rôle déterminant dans l'apparition du délire. On peut voir, en effet — c'est le cas de notre malade R. (Obs. 1), le cas du malade dont nous avons extrait l'observation de la thèse de Targowla (Obs. XIII) — des paralysies générales arrivées à l'Asile avec, associé à la démence, un délire mobile, inconsistant, absurde, caractéristique de la paralysie générale. Toutefois les idées délirantes, seulement quelques unes d'entre elles, présentent une certaine stabilité et on peut les voir persister, s'agréger plus ou moins fortement les unes aux autres, se compléter, s'enrichir de nouveaux éléments appartenant au syndrome d'automatisme mental et constituer ainsi un délire plus ou moins bien systématisé. Parmi ces symptômes, les hallucinations auditives avaient dès longtemps attiré l'attention des auteurs, et, à la suite de Sérieux et Mignot, de Ducosté, de Janet, on a rapporté des observations dans lesquelles celles-ci paraissaient conditionnées par des lésions prédominant au niveau du lobe temporal. Au surplus, ce symptôme n'est qu'un des facteurs du syndrome observé et s'associe à des hallucinations psychiques, à l'écho de la pensée, aux illusions, aux interprétations délirantes, etc ... Il ne s'isole pas du syndrome paranoïde.

Cette évolution paraît conditionnée essentiellement par le fonds mental. Un ralentissement de l'évolution de la méningo-encéphalite a amené la régression progressive de la démence. L'amnésie a disparu ou est considérablement atténuée, l'attention est redevenue normale le jugement plus précis en ce qui concerne la plupart des faits. Seule subsiste la croyance irréductible à la réalité des conceptions délirantes. Il semble qu'il s'agisse dans ces cas d'un syndrome analogue aux délires systématisés secondaires que l'on observe dans la mélancolie, les états confusionnels et oniriques, et quelques états maniaques. D'ailleurs, chez certains malades, ce délire apparaît véritablement lié à une manifestation onirique, d'origine toxique, greffée sur les premiers symptômes de la paralysie générale. Tel est le malade présenté par MM. Lwoff et Targowla (Obs XII) ; tel, encore, le cas d'un paralytique général étudié par Livet, qui avait, la nuit des cauchemars terrifiants, dont il gardait la conviction dans la journée. Nous retrouvons cet appoint onirique dans l'observation prise par Legrain (Obs. X) ; nous le rencontrons encore chez notre malade R... (Obs. I) probablement, aussi, chez notre malade S... (Obs. V) qui vit à plusieurs reprises le visage de son mari dans le compteur à gaz.

Nous voyons en somme qu'une des conditions pathologiques essentielles de l'apparition d'un syndrome paranoïde réside dans une atténuation de l'intensité de l'encéphalite, entraînant la régression des symptômes démentiels ; dans une certaine mesure, la systématisation plus ou moins parfaite du délire est proportionnelle à l'intensité ou à l'importance de la rémissions. Lorsque

celle-ci persiste plusieurs années, la démence s'accroissant progressivement mais avec une grande lenteur, le délire se dissocie peu à peu laissant à sa suite un certain nombre d'idées délirantes stéréotypées; parfois subsistent aussi quelques troubles sensoriels qui suivent une évolution analogue à celle que l'on trouve dans la démence paranoïde. Ce syndrome aboutit ainsi à un état simulant la démence vésanique. Tel est le malade dont nous citons l'observation extraite de la thèse de Targowla (Obs. XIII) ou encore notre malade S. . . (Obs. V).

Nous n'avons envisagé jusqu'à présent que des faits évoluant spontanément. Ainsi que nous l'avons rappelé on a récemment prétendu que ces formes paranoïdes de la paralysie générale présentaient une recrudescence liée à la mise en œuvre de thérapeutiques actives et spécialement à la malariathérapie. D'après Gerstmann, il s'agirait de véritables formes thérapeutiques créées par le paludisme et constituant de véritables séquelles des états psychopathiques, oniriques le plus souvent, développés au cours de la phase aiguë de l'infection palustre.

Ce mécanisme est vraisemblable dans certains cas, mais il n'est pas univoque et nous ne l'avons pas encore observé (1); en particulier, chez une de nos malades traitée par l'impaludation et qui fit une rémission, le délire paranoïde s'est présenté comme la systématisation

(1) Depuis la rédaction de ce travail, nous avons observé à la Clinique de Sainte-Anne un fait qui confirme les conclusions de M. Gerstmann. Il s'agit d'une malade qui présentait des hallucinations auditives à l'occasion des accès palustres, hallucinations qui persistèrent par la suite et s'associèrent à d'autres troubles pour constituer un délire de persécution relativement cohérent.

d'ailleurs peu ferme du délire incohérent de la phase initiale. Chez une autre (G..., Obs. II), l'internement avait été provoqué par une période d'exacerbation du délire, ne paraissant pas avoir coïncidé avec une variation importante du fonds mental, mais associée cependant à une exagération des réactions du liquide céphalo-rachidien. Cet épisode s'est atténué après l'impaludation en même temps que se produisait une régression relative de l'état démentiel.

C'est donc en provoquant des rémissions plus fréquentes que les traitements actuels accroissent peut-être le nombre des formes paranoïdes de la paralysie générale. Il est possible que dans certains cas les troubles mentaux qui accompagnent parfois l'infection provoquée soient l'origine du délire. En tous cas, le fait n'est pas constant il faut observer que si l'atténuation de l'encéphalite est nécessaire au développement du délire, elle n'en est pas la cause directe. Le syndrome délirant est identique à celui que l'on observe dans les états paranoïdes et parapréniques vrais. Il en a la symptomatologie, le mécanisme, et sauf l'intervention de la démence paralytique la même allure évolutive. On peut en inférer qu'il a la même cause déterminante, et que, si la paralysie générale joue un grand rôle dans sa genèse, son mécanisme intime n'est pas différent de celui des délires que l'on peut appeler essentiels. La maladie de Bayle n'est qu'un facteur étiologique.

CONCLUSIONS

I. — Les idées délirantes des paralytiques généraux sont habituellement absurdes, mobiles, contradictoires et incohérentes. Elles portent le cachet de la démence qu'elles accompagnent.

II. — Exceptionnellement, on peut observer une systématisation relative du délire qui tend à se coordonner et à prendre, dans certains cas, une allure plus ou moins systématisée rappelant la psychose hallucinatoire chronique au sens des auteurs français, démence paranoïde de Kraepelin.

III. — Le diagnostic du syndrome délirant et celui de la syphilis nerveuse se font sur les éléments habituels de différenciation. Les rapports entre eux peuvent être très variables : dans certains cas on ne peut établir qu'une relation de coïncidence. Dans d'autres circonstances, le diagnostic est à faire entre une psychose du tabès (de type Pierret-Rougier), une psychose liée à une forme méningo-vasculaire de la neuro-syphilis (forme banale d'artérite ou endartérite des petits vaisseaux corticaux), ou une forme paranoïde de la paralysie générale.

IV. — Il existe en fait toute une série de cas de transition entre les délires systématisés des tabétiques et ceux des paralytiques généraux. Dans certains cas même la psychose se développe sur une association tabo-paralytique à progression très lentement démentielle. Néanmoins, pour rester dans les limites de notre sujet nous nous

bornerons à signaler la parenté qui existe entre ces psychoses du tabès et la paralysie générale à forme paranoïde. Il s'agit, à tout le moins dans les deux cas, de délires développés sur un fond d'affaiblissement psychique.

V. — Le diagnostic différentiel entre la paralysie générale et certaines modalités de syphilis cérébro-méningée se base habituellement sur la présence de signes de localisation, l'allure évolutive et la formule humorale auxquelles s'ajoute l'épreuve du traitement.

Dans certains cas cependant cette différenciation est très délicate et ne peut être établie qu'à l'aide d'un examen histologique.

D'autre part, il faut connaître l'existence possible de lésions associées rendant tout diagnostic aléatoire du fait de la prédominance de certains groupes symptomatiques susceptibles d'ailleurs de varier suivant les périodes.

VI. — Le mode de développement de ces délires systématisés des paralytiques généraux est variable. Parfois il s'agit d'une psychose hallucinatoire chronique préexistante que la démence paralytique vient désagréger plus ou moins rapidement. On a pu voir d'ailleurs des rémissions favoriser l'apparition du système délirant plus ou moins modifié. Il s'agit, en somme, d'une association et cette modalité pathogénique est la seule qu'aient admise les classiques.

D'autres fois, il s'agit de la persistance de certaines idées délirantes incohérentes de la période aigue qui se coordonnent en se systématisant plus ou moins à la faveur de l'atténuation de l'encéphalite.

Enfin, il peut s'agir d'un délire onirique greffé sur la méningo-encéphalite et qui devient le point de départ

d'un délire systématisé post-onirique évoluant sur un de fonds démence faiblement progressive.

VII. — C'est à ce dernier groupe de faits qu'il faut rattacher les formes paranoïdes de la paralysie générale décrites récemment et imputées à l'emploi de la malaria-thérapie. Il s'agirait de troubles psychiques toxi-infectieux développés à la phase aiguë de l'infection thérapeutique se prolongeant dans certains cas et passant à l'état chronique.

VIII. — Lorsque le délire évolue sur un fonds de démence à évolution très lente, on voit le délire se désagréger et seules subsistent quelques idées stéréotypées, selon une évolution analogue à celle des psychoses hallucinatoires chroniques. L'aboutissant n'est pas cliniquement un état de démence paralytique, mais de démence paranoïde ou vésanique suivant le terme autrefois employé.

IX. — Le processus méningo-encéphalitique spécifique ne peut actuellement être incriminé dans la genèse de ces états. Tout ce que permet d'affirmer l'observation c'est qu'ils ne peuvent évoluer que sur un terrain dementiel peu accentué, qu'il s'agisse d'une rémission ou d'une forme de paralysie générale à progression lente. Mais cette atténuation du processus encéphalitique n'est qu'une condition favorisante et il semble bien qu'il s'agisse dans les cas que nous étudions de véritables « psychoses paranoïdes » développées sur le fonds paralytique comme elles pourraient se développer sur tout autre terrain dementiel.

Vu :

Le Président de Thèse,
H. CLAUDE

Vu :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
M. ROGER

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie,
LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

- X. ABÉLY ET BAUER. — Présentation de malade à la Soc. Clin. de Méd. Ment. Anal. in *Encéphale* (juillet-août 1925, p. 545).
- J. CAPGRAS, P. LUCCHINI ET SCHIFF. — Du sentiment d'étrangeté à l'illusion des sosies. (Présentation de malade). *Bull. Soc. Clin. de Méd. ment.* Déc 1924, p. 210.
- J. CAPGRAS ET MOREL. — Paralyse générale prolongée précoce (Présentation de malade). *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.* Juillet 1913, p. 296.
- R. CARPENTIER. — Contribution à l'étude des délires toxico-infectieux. L'onirisme hallucinatoire. Ses rapports avec la confusion mentale. *Revue neur.* 1919, p. 754.
- P. CARRETE. — Paralysies générales stationnaires et prolongées. Rapports du syndrome clinique et de la formule humorale (Présentation de deux malades). *Bull. Soc. Clin. de Méd. Ment.* avril 1924.
- CODET. — Syphilis, réaction méningée chronique ; délire de persécution persistant sans affaiblissement intellectuel apparent. *Bull. Soc. Clin. Méd. ment.* 1320 n° 3, p. 68.
- H. CLAUDE. — Les Psychoses Paranoïdes. *Encéphale* 1924.
- M. DUCOSTÉ. — Note sur les interprétations délirantes dans la Paralyse générale. — *Revue de Psychiatrie*, 1907, p. 71.

- FERENCZI. — Ein Fall von paranoischer Paralyse. — *Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 1902, p. 240.
- GERSTMANN. — Über die Einwirkung der Malaria tertiana auf die progressive paralyse. — *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, Bd. 74, vol. 1-3, 1922.
- Au sujet de la transformation du tableau clinique de la paralysie générale en une forme hallucinatoire paranoïde (anal. in *Encéphale*. Janv. 1925, p. 71).
- G. HEUYER ET SIZARET. — Automatismes mentaux et syphilis. Soc. de Psychiatrie, Jan. 1926. *Encéphale*. N° 2, févr. 1926.
- JACQUIN. — Contribution à l'étude de quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire : les syphilo-psychoses. *Thèse*, Lyon, 1899.
- JAKOB. — Zur Klinik und pathologischen Anatomie der stationären paralyse *Ztschr. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Bd. 54, 10 mars 1920.
- Über die endarteriitis syphilitica der kleinen Hirnrindengefäße. *Zeitschr. f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*. Bd. 54, 10 mars 1920.
- JAMET. — Hallucinations dans la paralysie générale et leurs rapports avec les lésions de la couche temporale. *Thèse de Paris*, 1902.
- JANET. — Un cas de délire systématisé dans la paralysie générale. *Journal de psychologie*, 1906, p. 331.

JOFFROY ET GOMBAULT. — Paralyse générale progressive chez un sujet ayant présenté 18 ans auparavant du délire de persécution. Analgésies cutanées et viscérales profondes. — Autopsie. — Intégrité de la moëlle. *Congrès de Paris*, 1900).

JOFFROY et MIGNOT. — *La paralysie générale*. Doin et fils, édit.

KLIPPEL et ROUILLARD. — Un cas de paralysie générale avec délire de persécution. — Présentation de malade. *Annales, Méd. Psych.* 1890, p. 478.

KLIPPEL et LÉVY DARRAS. — *Ann. Méd. Psychol.* Déc. 1912, p. 564.

LAIGNEL-LAVASTINE et PIERRE KAHN. — Syphilis méningée et délire hallucinatoire de possession. Présentation de malade. — *Journal de Psychologie*, 15 mai 1925, p. 465.

LAIGNEL-LAVASTINE et KAHN. — Présentation d'un halluciné (*Soc. Psych.* Déc. 1925).

LEGRAIN. — Délire systématique et hallucinatoire chez un paralytique général. — Présentation de malade. *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.* 1910, p. 298.

LHERMITTE. — Les paralysies générales prolongées. Le syndrome humoral de la paralysie générale. *Encéphale* 1921, p. 33.

LIVET. — Forme onirique de la Paralysie générale. Hallucinations visuelles et délire de rêve dans la paralysie générale. — *Encéphale*. 1920, p. 504.

- LWOFF et RENÉ TARGOWLA. — Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général tabétique (Présentation de malade) *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.* Février 1921.
- LEVY-VALENSI, BARUK et CALLEGARI. — Trois cas de délire d'influence. — *Journal de Psychol.* Juillet 1925, p. 72.
- MARCHAND. — De la démence précoce chez les syphilitiques. *Compte rendu du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française.* — 1925.
- MAGNAN. — *Leçons cliniques sur les maladies mentales recueillies et publiées par le Dr Pècharman.* Alcan, 1897, p. II. — p. 229.
- MAGNAN et SÉRIEUX. — *Le délire chronique à évolution systématique.* Masson, édit. pp. 118-119.
- *La paralysie générale.* Masson, éd. 1894, p. 66.
- MARCHESE. — *Gazzetta degli ospedali et delle cliniche,* 7 mai 1899.
- PACTET. — Délire de persécution chez un dégénéré. Evolution rapide vers la démence. Apparition tardive du syndrome paralytique et attaques d'épilepsie. — *Bull. de la Soc. Clin. de Méd. Ment.* 1908, p. 47.
- Mlle PASCAL. — Formes atypiques de la Paralysie générale. *Thèse de Paris,* 1906.
- Mlle PASCAL. — Forme paranoïde de la Paralysie générale. *Encéphale,* 1914, p. 545.
- RÉGIS. — *Précis de Psychiatrie.* Paris, 1914, 5^e éd.
- RICHTER. — Dementia Paralytica als Complication einer

- Paranoïa hallucinatoria chronica. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Bd. 55, H. I, p. 19.
- RIEU. — Hallucinations psycho-motrices dans la paralysie générale. *Thèse de Paris* 1900.
- ROQUES DE FURSAC. *Manuel de Psychiatrie*. Paris 1923.
- ROUILLARD. — Rapport sur le prix Esquirol. *Annales Méd. Psych.* 1888, p. 84.
- ROUDNEFF. — De la paralysie générale paranoïde. *Moniteur neurologique russe*. Fasc. 2, 1912. Analyse in R. N. 1913, T. I., p. 189.
- SEMELAICNE. — Un paralytique général halluciné. Présentation de malade. *Annales Méd. Psych.* 1903, p. 454.
- SCHULEZE. — Zur Frage der Heilbarkeit der Dementia paralytica. Mit einem anatomischen Beitrag von Prof. Alzheimer. *Deuts. Zeits. f. Nervenheilkunde*. Bd. 47 et 48, p. 714.
- SÉRIEUX et MIGNOT. — Sur un cas de paralysie générale à forme sensorielle avec alternance des phénomènes d'excitation et de déficit des centres lésés. — *Ann. Méd. Psych.* 1902, p. 297.
- TATY et TOY. — Des variations cliniques du délire de persécution. *Ann. Méd. Psych.* 1897, t. I, pp. 20, 193, 369 ; - t. II pp. 78, 208, 366.
- TARGOWLA. — Le syndrome humoral de la paralysie générale. Ses modalités, sa valeur sémiologique. *Thèse*. Paris, 1922.
- TARGOWLA. — Les psychoses syphilitiques. — *Annales*

de Medecine. Tome XIV, Nos 3 & 4, Sept. - Oct. 1923.

TARGOWLA. — A propos des interprétations délirantes des symptômes pathologiques. Le syndrome de Pierret-Rougier du tabès et le délire d'interprétation des symptômes pathologiques. *Annales Médico-Psychol.* Déc 1924.

TARGOWLA. — Les délires polymorphes. — *Encéphale*. févr. 1926.

URECHIA et RUSDEA. — La forme schizophrénoïde de la syphilis du cerveau et de la paralysie générale. — *Encéphale*, 1921, p. 587.

WIZEL et PRUSSAK. — Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. *Encéphale*, fév, 1925, p. 99.

